

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

1943

N°

29

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean COMBES

Né le 15 Juin 1915, à Bordeaux

L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE ET LA GUERRE

Président de Thèse : M. VELTER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1940

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean COMBES

Né le 15 Juin 1915, à Bordeaux

L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE ET LA GUERRE

Président de Thèse : M. VELTER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	RJUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER
Hygiène et clinique de la première enfance	RATHERY.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des ma-	NOBECOURT.
ladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphi-	LAIGNEL-LAVASTINE
litiques	
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique.....	FENCHMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	
pédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'ad-	
ulte	MATHIEU.
Clinique cardiologique	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	CLOVIS VINCENT.
Assistance Médico-Sociale.....	N...
Professeurs sans chaire.....	HAZARD.
	MONON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Pathologie chirurgicale.. AMELINE.	Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
Pathologie médicale BARIETY.	Hygiène JOANNON.
Pathologie médicale..... BERNARD HENRI.	Obstétrique LACOMME.
Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.	Obstétrique LANTUEJOL.
Hydrologie..... BESANCON JUSTIN.	Pathologie médicale..... LAROCHE G.
Bactériologie..... BONNET.	Parasitologie..... LAVIEU.
Chimie BOULANGER.	Pathologie médicale LELONG.
Pathologie médicale..... BOULIN.	Pathologie expérimentale LEMAIRE.
Pathologie médicale BROUET.	Pathologie chirurgicale.. EVEU.
Histologie BULLIARD.	Pharmacologie MUC J. LEVY.
Pathologie médicale..... CACHERA.	Pathologie chirurgicale .. MÉNÉGAUX.
Anatomie CORDIER.	Pathologie médicale..... MOLLARET.
Pathologie médicale COSTE.	Pathologie médicale..... MOREAU.
Urologie COUVELAIRE.	Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
Physique DOGNON.	Pathologie médicale..... MOUQUIN.
Urologie FEY.	Pathologie chirurgicale.. PETIT U.
Pathologie chirurgicale.. FUNCK.	Médecine légale..... PIÉDELÈVE.
Parasitologie GALLIARD.	Obstétrique PORTES.
Bactériologie GASTINEL.	Ophtalmologie RENARD.
Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.	Physiologie RICHET.
Physiologie GAYET.	Pathologie chirurgicale.. SÉNÉQUE.
Pathologie médicale..... DE GENNES.	Pathologie médicale..... TURPIN.
Histologie GIROUD.	Obstétrique VIGNES.
Pathologie médicale..... HAGUENAU.	Pathologie chirurgicale.. WILMOT H.
Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.	

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	MM.
Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
Pharmacologie BUSQUET.	Obstétrique LE LORIER.
Physiologie CHAILLEY-BERT.	Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
Obstétrique GUÉNIOT.	Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.	Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.
ALAJOUANINE.	} Clinique médica	BASSET.
AUBERTIN.		BROCC.
BRULÉ.		CADENAT.
CHABROL.		GATELLIER.
DONZELOT.		MOURE.
DUVOIR.		QUENU.
LIAN.		VELTER.
PASTEUR-VALLERY- RADOT.		} Clinique chirurgicale
SEZARY.		

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA PETITE JEANNE

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MA BELLE-MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES SŒURS

A MES PARENTS, A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VELTER

Médecin des Hôpitaux de Paris
Professeur de clinique ophtalmologique

*Qui nous a accueilli avec
tant de bienveillance, et nous a
fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

*Nous le prions d'agréer
l'hommage de notre reconnais-
sance respectueuse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Professeur d'anatomie à l'école de médecine de Limoges

*Qui a toujours été pour nous
le Maître plein de bonté qui
nous a guidé depuis le début
de nos études jusqu'à ce tra-
vail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND DUVERGER,
SON FILS

*Dont la mort courageuse res-
tera pour nous un exemple.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CUBERTAFOND

Médecin de l'Hôpital de Limoges

*Qui guida nos premiers pas
en médecine.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE LEOBARDY

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de clinique médicale à l'Hôpital de Limoges

*Dont nous n'oublierons pas
les leçons pleines de clarté et
qui fit toujours preuve de la
plus grande bienveillance à no-
tre égard.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VERGER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de Physiologie à l'école de Limoges

*Qu'il trouve ici l'hommage
de notre respectueuse recon-
naissance pour les leçons re-
çues lors de notre passage dans
son service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Hôpital de Limoges

*En souvenir respectueux et
reconnaissant pour la première
formation chirurgicale qu'il
nous a donnée et que nous
n'oublierons pas.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BASSET

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôpital de Limoges

*Dont nous nous rappellerons
toujours les leçons débordantes
de pittoresque et de verve.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAZERT

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Professeur d'anatomie à l'école de Limoges
Chirurgien de l'Hôpital

*Qui nous fit si bien compren-
dre ce qu'était l'esprit chirur-
gical.*

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAOUL LAFFON

Ancien interne des Hôpitaux de Toulouse
Membre de la société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux

*Qui reste pour nous l'exem-
ple du médecin de campagne
plein de dévouement et de dé-
sintéressement.*

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL DE LIMOGES

A NOS MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE LIMOGES

INTRODUCTION

Il existe des consignes précises, dans le règlement du service de Santé militaire français, pour la classification des blessés par ordre d'urgence. C'est ainsi que les hémorragies, les blessés du thorax sont à évacuer d'extrême urgence ; les fractures ouvertes sont considérées comme blessures de première urgence, etc.

A notre connaissance, il n'existe aucune consigne spéciale pour les blessés des yeux, sinon qu'ils doivent être dirigés vers un centre de spécialités.

C'est là, croyons-nous, une lacune regrettable.

Et notre étude consistera justement à insister sur certaines conséquences graves que peut avoir cet oubli. Nous disons certaines seulement, car ce n'est pas la statistique de tous les blessés des yeux, en général, que nous voulons examiner, mais seulement les cas qui peuvent se compliquer d'ophtalmie sympathique.

De tout ce domaine si vaste de l'ophtalmologie en temps de guerre, ce n'est, on le voit, qu'un point très précis qui sera étudié ici.

Non le moindre cependant, puisque, d'une part,

L'ophtalmie sympathique fut, de 1914 à 1918, une hantise pour les chirurgiens de guerre et que, d'autre part, c'est peut-être l'affection où le rôle de la prophylaxie rapide et éclairée a le plus d'action sur l'avenir fonctionnel du blessé.

Il ne faut pas attendre de nous des méthodes inédites de traitement curatif, pas davantage des théories nouvelles sur la pathogénie déjà si discutée de l'ophtalmie sympathique.

Notre seul but sera de tirer un enseignement de la guerre 1914-1918 et d'envisager l'organisation capable de faire disparaître l'ophtalmie sympathique des statistiques de la nouvelle guerre.

PREMIÈRE PARTIE

RAPPEL DE QUELQUES NOTIONS ELEMENTAIRES SUR L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

L'ophtalmie sympathique est une affection d'origine endoculaire à agent pathogène inconnu, se manifestant, dans la très grande majorité des cas, par une inflammation subaiguë du tractus uvéal : iridocyclite, iridochoroïdite.

Son évolution est, en général, lente, atteignant les deux yeux successivement ; le premier, appelé œil sympathisant, n'est atteint que si ses membranes ont été ouvertes par une plaie pénétrante ; le deuxième, ou œil sympathisé, s'entreprend sans avoir été directement traumatisé. L'évolution se fait, en général, vers l'atrophie complète.

On pourra craindre l'ophtalmie sympathique, dans tous les cas où il y aura plaie perforante du globe. Mais, ce n'est pas tant le traumatisme lui-même qu'il faut incriminer que la porte d'entrée ouverte par lui à

l'infection. Ce sont donc, avant tout, les plaies perforantes accidentelles et septiques qui pourront évoluer vers l'ophtalmie sympathique.

Le passage au deuxième œil se ferait suivant un temps assez variable : de 14 jours à 42 ans en prenant les cas extrêmes cités par les auteurs.

Pour Copeze, le temps moyen serait de 15 jours à 2 mois ; pour Poulard, la période dangereuse atteindrait 6 mois au maximum ; les cas apparaissant après un temps plus long relèveraient pour lui de toute autre affection (cataracte, kératite, etc.) et montreraient tout « simplement la tendance des observateurs superficiels à attribuer à l'ophtalmie sympathique toutes les plaies qui surviennent chez les blessés de l'œil ».

Histologiquement, deux points sont à signaler : 1° ce sont les membranes profondes de l'œil qui sont atteintes : uvée et surtout choroïde et corps ciliaire. 2° Il y a toujours identité des lésions inflammatoires des deux yeux ; identité en qualité sinon en quantité : les lésions de l'œil blessé étant, d'ailleurs, masquées en partie par le traumatisme.

La pathogénie de l'ophtalmie sympathique est encore extrêmement discutée et a donné lieu à toute une floraison de théories les plus diverses, souvent un peu hâtives. Bien sûr, on peut considérer comme définitivement périmée l'explication de William Mac-kensie selon laquelle l'ophtalmie sympathique serait due à une excitation nerveuse le long des nerfs optiques, et qui eut son heure de célébrité en 1850.

Il semble qu'on puisse éliminer, de même, la théorie

pourtant séduisante qui explique l'ophtalmie sympathique par des phénomènes d'allergie et d'anaphylaxie, selon laquelle le tissu uvéal de l'œil blessé, détruit par le traumatisme, serait résorbé sous forme d'antigène hypersensibilisant l'organisme et l'uvéa des deux yeux : l'uvéa sensibilisée offrirait moins de résistance aux divers agents morbides (Elsching, 1910).

Marchesani, en 1929, fait de même de l'ophtalmie sympathique une uvéite anaphylactique.

Mais il paraît bien définitivement acquis que l'ophtalmie sympathique est une uvéite infectieuse causée par un agent pathogène à action élective sur le tractus uvéal.

Les discussions recommencent quand il s'agit de déterminer, d'une part, la nature de cet agent pathogène et, d'autre part, son mode de transmission d'un œil à l'autre.

Quel serait donc, d'après les auteurs, le germe infectieux en cause ?

Von Szily, après le succès de ses expériences sur le lapin, a pensé qu'il s'agissait de virus herpétique.

C'est peut-être tirer d'une expérience une loi générale qu'elle ne comportait pas.

Guillery, en 1926, et Meller en 1934, pensent qu'il s'agit plutôt d'une affection tuberculeuse. Mais il ne semble pas qu'on puisse incriminer le bacille de Koch dans l'ophtalmie sympathique dont les lésions ne se caséifient pas et ne se localisent jamais, au début, dans la chorio capillaire.

Redslob, enfin, estime que les germes en cause seraient les microbes saprophytes du sac conjonctival, inoffensifs pour les membranes externes de l'œil, mais nocifs pour l'uvée avec laquelle ils sont mis en contact par une plaie pénétrante.

Jusqu'à maintenant la question reste ouverte.

Les théories ne sont pas moins abondantes lorsqu'il s'agit d'expliquer le passage de l'infection d'un œil à l'autre :

Toutes les voies ont été invoquées, tour à tour.

Mais il semble que les dernières théories s'accordent pour affirmer que les germes empruntent tout simplement la voie sanguine : soit qu'il s'agisse d'un microbe apporté par le corps étranger ou d'un microbe déjà présent dans l'organisme et rendu virulent par le contact avec les débris de tractus uvéal coïncé ou disloqué à la suite du traumatisme. De là, soit les microbes, soit leurs toxines pénètrent dans le sang et reviennent ensuite se fixer électivement sur l'uvée des deux yeux : c'est la théorie métastatique de l'ophtalmie sympathique qui concorde bien avec les lois de la pathologie générale (Poulard) et qui explique la présence, toujours constatée depuis Fuchs, d'une uvéite sympathisante fraîche sur le premier œil, au moment où se prend le second.

L'ophtalmie sympathique en tant qu'uvéite du premier œil est une inflammation qui ne peut se différencier cliniquement, et avant toute évolution, des autres inflammations du tractus uvéal : notamment de l'inflammation tuberculeuse.

L'examen histologique est pratiquement inutile au diagnostic : en effet si l'œil soit disant sympathisant est énucléé à temps il ne présente aucune lésion anatomique caractéristique.

S'il en présente déjà et que l'autre œil soit entrepris ou s'entreprenne après l'opération, ce seul fait de l'évolution de l'œil blessé vers l'œil indemne suffit à affirmer l'ophtalmie sympathique.

Le diagnostic précoce de l'entreprise du deuxième œil se fait par l'usage de la lampe à fente : celle-ci montre un fin piqueté à la face postérieure de la cornée et de très fins dépôts sur la cristalloïde antérieure, visibles seulement au fort grossissement (Vogt).

L'ophtalmie sympathique est une des maladies les plus graves de l'œil amenant trop souvent la cécité bilatérale. L'ensemble des statistiques actuelles signalent une guérison pour dix cas.

Mais, depuis ces dernières années, nos moyens thérapeutiques semblent en avoir rendu l'évolution moins grave.

Il faut d'ailleurs signaler que si l'œil sympathisé évolue presque toujours vers l'atrophie complète, l'œil sympathisant, s'il n'a pas été énucléé, récupère parfois et même assez souvent un certain degré de vision.

Nous n'entrerons pas dans le détail de tous les traitements médicamenteux appliqués à l'ophtalmie sympathique et parmi lesquels, d'ailleurs, aucun ne semblent absolument spécifique.

Qu'on nous permette seulement de rappeler qu'une fois la maladie déclarée, l'énucléation devient absolument inutile, car elle n'influencera en rien la marche générale de l'infection.

Elle est même nettement à rejeter si l'œil blessé conserve un peu de vision.

Dor, en 1931, affirme : « Il ne faut enlever, à ce moment-là, que ceux des yeux sympathisants qui sont destinés à rester douloureux ou inutiles ».

Mais nous voulons insister sur ce point que l'ophtalmie sympathique est une maladie beaucoup plus facile à prévenir qu'à guérir :

On peut affirmer, en premier lieu, que l'asepsie opératoire a fait disparaître l'ophtalmie sympathique des complications des interventions chirurgicales.

Quant aux plaies pénétrantes du globe, la pratique d'une antisepsie rigoureuse et éclairée les rend de plus en plus inaptes à évoluer vers l'ophtalmie sympathique.

Ce traitement consistera surtout en une désinfection soigneuse de la plaie, en une surveillance de l'état général et de l'état intestinal, enfin, en une excitation à la défense de l'organisme par protéinothérapie.

Morax semble partisan de l'énucléation systématique. Nous croyons que c'est, évidemment, un moyen à peu près infaillible d'éviter l'ophtalmie sympathique quand il est pratiqué à temps.

Mais ne serait-ce pas un remède pire que le mal !

Dans bien des cas, en effet, la vision de l'œil blessé

est encore satisfaisante à cette époque ; et, en cas d'évolution favorable, cet œil est susceptible de permettre une activité professionnelle suffisante.

De toute façon, il est bien évident que cette énucléation préventive ne doit être pratiquée que par des spécialistes avertis, et, lorsque tout, dans l'allure générale de la plaie, fait craindre une évolution fatale. C'est une question de doigté où trop d'impondérables influenceront le praticien dans sa conduite pour qu'on puisse donner à ce sujet des règles précises susceptibles d'être appliquées par le premier chirurgien venu.

DEUXIÈME PARTIE

Ces quelques notions nous permettent de constater que l'ophtalmie sympathique est une maladie grave, très grave, souvent fatale pour la vue.

Comment ont réagi les chirurgiens et certains oculistes au cours de la guerre 1914-1918 ?

Hantés par la crainte de l'évolution des plaies infectées de l'œil vers l'ophtalmie sympathique, et manquant de données précises sur la question, les chirurgiens ont fait des énucléations en série, pratiquant pour les yeux ce que leurs aînés pratiquaient si facilement pour les membres, par crainte de la gangrène, avant l'ère pasteurienne et la découverte des méthodes nouvelles de traitement des plaies.

La complication d'ophtalmie sympathique était-elle donc tant à craindre ? Si l'on envisage les statistiques de la guerre 1870 on constate que 55 % des blessures de l'œil auraient évolué vers des complications sympathiques. On comprend donc la terreur que pouvait faire régner cette menace sur les esprits.

Mais, il faut le dire tout de suite, les statistiques de la guerre 1914 sont beaucoup moins sombres.

Voici, d'après Morax, les seuls cas graves qui aient été recueillis pendant cette période :

OBSERVATION n° 1, recueillie par VALUDE (n° 2 de MORAX).

Pl. R. 1^{er} étranger, 23 ans, blessé le 9 octobre 1915. Contusion du globe et cataracte. On pratique l'extraction du cristallin blessé le 7 décembre 1915.

L'ophtalmie sympathique apparaît sous la forme d'une iridochoroïdite le 27 décembre suivant et se termine par une atrophie du globe et la perte de la vision.

OBSERVATION n° 2, recueillie par PETIT et VALUDE (n° 3, de MORAX).

R. P., 122^e Inf., 20 ans, blessé le 31 janvier 1915 par éclat de balle.

Il en résulte une plaie de l'œil avec prolapsus irien. On pratique un recouvrement conjonctival le 27 du mois suivant. Le 19 avril de la même année se déclare une irido sous choroïdite de l'autre œil qui aboutit à une déformation staphylomateuse et à la perte totale de la vision.

OBSERVATION n° 8, recueillie par CHEVALIER (n° 12, de MORAX).

Irkleff Zianaden Nuldan, 23 ans, blessé en septembre 1916.

Plaie pénétrante par éclat d'obus. Aucune précision sur le traitement. Une iridocyclite grave avec atrophie du globe sympathisé se déclare, moins d'un mois après la blessure et aboutit à la cécité.

OBSERVATION n° 4, recueillie par POULARD (n° 37, de MORAX).

Lieutenant Dup., plaie pénétrante avec éclat intra-oculaire, le 30 avril 1915. On pratique une énucléation le 9 juin de la même année. L'autre œil se sympathise en septembre, avec iridocyclite à poussées successives qui amènent l'atrophie du globe et la perte de la vision.

OBSERVATION n° 5, recueillie par LAGRANGE (n° 5, de MORAX).

Max. Le 20 septembre 1914 reçoit un éclat de pierre qui détermine une plaie perforante d'un œil. Le traitement n'est pas précisé mais le 1^{er} novembre 1914, 32 jours après la blessure se déclare une choréïdite avec flocons du vitrée et névrite optique. La maladie évolue vers l'hypotonie du globe et se termine par la réduction de la vision à 1/100^e.

OBSERVATION n° 6, recueillie par TERRIEN et de LAPERSONNE (n° 6, de MORAX).

Sac. 303^e d'Inf., 30 ans. Plaie de l'œil gauche par éclat de fer le 18 octobre 1916. On pratique l'ablation du segment antérieur le 6 décembre de la même année. Le 15 février de l'année suivante on constate dans l'œil droit une iridocyclite accompagnée d'hypertension qui aboutit à une réduction de la vision à 1/100^e.

OBSERVATION n° 7, recueillie par CANTONNET (n° 7, de MORAX).

Gail. Georges, 22 ans, blessé le 16 avril 1917. Plaie palpébro-oculo-orbitaire avec hernie des membranes. On pratique une énucléation le 1^{er} mai 1937. Le 23 mai sui-

vant, l'ophtalmie sympathique se déclare avec une iridocyclite grave qui aboutit à une réduction de la vision à $1/50^{\circ}$.

OBSERVATION n° 8, recueillie par CANTONNET (n° 8, de MORAX).

Vin, Jules, 41 ans, atteint d'une plaie pénétrante de l'œil gauche, en septembre 1914. On décide de pratiquer l'énucléation au cours du mois suivant. Environ 35 jours après la blessure, l'œil droit présente une iridocyclite grave. Une réclusion pupillaire s'ensuit et la vision est réduite à $1/50^{\circ}$.

OBSERVATION n° 9, recueillie par MORAX (n° 9, de MORAX).

Pard., 26 ans, blessé le 14 octobre 1915. La blessure occasionne une cataracte avec pincement irien. On pratique un recouvrement conjonctival le 14 décembre 1915. Une iridocyclite sympathique grave se déclare le 25 du même mois. 3 jours après on extrait le cristallin mais la vision reste aux environs de $1/25^{\circ}$.

OBSERVATION n° 10, recueillie par VALUDE (n° 1, de MORAX).

M. F., 3^e Zouaves, 34 ans. Blessé le 17 février 1915. Plaie pénétrante par éclat de balle. On énuclée l'œil malade. 7 mois après la blessure, on constate une iridochoroïdite dans l'œil sain qui se termine par une réduction de la vision à $1/20^{\circ}$.

OBSERVATION n° 11, recueillie par ROLLET (n° 35, de MORAX).

Emile, 46^e d'Artillerie, 22 ans, blessé le 14 juin 1915.

Plaie pénétrante de l'œil gauche par éclat non magnétique. Une papillite sympathique se déclare le 29 décembre suivant.

Le segment antérieur est normal ; on note un strabisme divergent. On pratique une énucléation de l'œil gauche le 29 janvier 1916, un mois après, qui n'empêche pas cependant une réduction de la vue à 3/10°.

OBSERVATION n° 12, recueillie par COUTELAS (n° 11, de MORAX).

Calv. Laurent, 71° d'Inf., blessé le 16 juin 1915 ; plaie pénétrante de l'œil droit sans corps étranger, qui occasionne une iridocyclite du même œil. L'énucléation est pratiquée le 11 août 1915, mais n'empêche pas l'apparition de l'ophtalmie sympathisante dans l'œil gauche 2 jours après. La maladie évolue et se termine par une réduction de la vision à 3/10°.

OBSERVATION n° 13, recueillie par VAN SCHEVENSTEEN (n° 23, de MORAX).

Soldat belge, blessé le 4 mars 1917 par un coup de baïonnette. On diagnostique une plaie pénétrante avec hernie de l'iris. L'énucléation est pratiquée le 10 avril suivant qui n'empêche pas la sympathisation de l'autre œil sous forme d'iridochoroïdite qui guérit. Après plusieurs rechutes la vision se maintient aux environs de 4/10°.

OBSERVATION n° 14, recueillie par CANTONNET (n° 24, de MORAX).

Dep. Marius, 36 ans. Blessé le 8 janvier 1916 par éclat de nature indéterminée. Il en résulte une plaie pénétrante de l'œil gauche qui évolue vers la cataracte. On

extrait le cristallin le 15 mai 1916. Cette intervention n'empêche pas la lésion de se compliquer d'iridocyclite qui conduit à effectuer l'énucléation de l'œil le 4 septembre suivant. Trois mois et dix jours plus tard, iridocyclite de l'autre œil. La vue, le 25-9-17 se stabilise aux environs de 4/10°.

OBSERVATION n° 15, recueillie par SEXE (n° 25, de MORAX).

Dun. Régis, 28^e Chasseurs, 25 ans, est blessé le 6-12-1914. On découvre une plaie perforante de l'œil droit. L'énucléation est décidée le 16--1-15. L'œil gauche se sympathise au cours du même mois. Le 6 mai 1915, le malade est guéri. La vision se trouve réduite à 4/10°.

Restent 22 cas dans la statistique de Morax et un cas, cité par Chaillous, qui ont eu une évolution favorable.

Voici donc 15 cas de perte de la vue par ophtalmie sympathique sur les milliers de plaies pénétrantes de l'œil, c'est-à-dire un sur 6.000 environ.

Evidemment, les innombrables énucléations préventives pratiquées suffisamment tôt après la blessure (souvent le soir même, dans la crainte de voir l'ophtalmie sympathique éclater pendant la nuit suivante : Duverger et Velter) ont diminué le bilan de cette redoutable complication.

D'autant plus sûrement d'ailleurs que l'énucléation

était parfois bilatérale ! (note sur les énucléations simultanées des deux yeux par de Lapersonne, avril 1917).

Cependant, il ne faut pas oublier que d'une façon générale, les oculistes ne sont pas partisans d'une énucléation préventive systématique, et, la considérant comme une véritable mutilation, ne la pratiquent que lorsqu'elle s'avère véritablement nécessaire.

Or, il semble justement que les techniques conservatrices ont une action prophylactique certaine, à la condition qu'elles soient appliquées immédiatement et par un ophtalmologiste : « L'intervention du spécialiste disent Duverger et Velter, ne sera jamais trop rapprochée du moment de la blessure. Elle devient rapidement trop tardive ; l'expérience permet de limiter à 48 heures, au maximum, la période d'urgence où toutes les interventions conservatrices peuvent être tentées utilement ».

Et, justement, le point obscur des diverses observations citées plus haut se trouve être le point le plus intéressant pour nous, à savoir : le temps qui a séparé la date de la blessure de celle où le blessé a été pris en mains par une compétence, par un ophtalmologiste.

Quelles conclusions tirerions-nous d'une observation de gangrène, ayant abouti à l'amputation d'un membre, si cette observation ne mentionnait que la date de la blessure et laissait inconnue la date des premiers soins.

TROISIÈME PARTIE

Qu'il nous soit permis, sachant les difficultés qu'ont éprouvé les ophtalmologistes à récupérer rapidement leurs blessés, de soupçonner qu'une période souvent fort longue séparait l'heure de la blessure de leur entrée au service de spécialités : « Ils arrivaient, nous disent Duverger et Velter, après 5 ou 6 jours de voyage, avec des panophtalmies, des suppurations des paupières et de l'orbite, dans des villes de l'intérieur où n'existait aucun service spécialisé. Il fallait plusieurs semaines avant qu'ils soient entre les mains d'un oculiste exercé. » Et, la minutie, la valeur du traitement entrepris alors ne pouvaient évidemment pas compenser le temps perdu au début, pendant lequel l'infection avait eu tout loisir de se développer et de devenir menaçante.

A la fin de la guerre, il est vrai, la rapidité des évacuations en général avait déjà considérablement amélioré le pronostic des plaies infectées.

Cependant, le service d'ophtalmologie n'était pas suffisamment organisé pour permettre aux blessés, souvent polyblessés, de recevoir les premiers soins

convenables pour leurs plaies oculaires en même temps que les premiers soins nécessaires à la bonne évolution de leurs multiples blessures.

Parfois même encore, au milieu de toutes les autres, les plaies de l'œil passaient inaperçues (Weekers).

Les ophtalmologistes sont, à chaque instant, obligés d'insister auprès des autorités militaires sur l'importance de la rapidité des soins spécialisés dans les blessures de l'œil (note adressée au sous-secrétaire d'Etat du service de santé par de Lapersonne en décembre 1916 et en avril 1917).

* Quels sont les progrès réalisés à ce point de vue depuis 1918 ?

Dans l'organisation du poste de secours divisionnaire au combat, le triage est effectué par un médecin de médecine générale qui n'a reçu aucune consigne précise pour classer, dans une des quatre catégories de blessés, les traumatisés de l'œil.

A l'échelon suivant, le règlement concernant la constitution des équipes chirurgicales mentionne bien l'éventualité d'une équipe de spécialistes, mais, en leur absence, les consignes sont formelles : les blessés relevant de spécialités doivent être acheminés sur le centre correspondant (Clavelin et Jame : le service de santé militaire français en temps de guerre, 1939).

En conséquence, retard d'un voyage avec tous ses aléas, puisque nous sommes en temps de guerre, pour que le blessé reçoive les soins que nécessite son état.

Et que deviennent les polyblessés ? S'ils sont admis dans un service de chirurgie générale où se trouvera l'ophtalmologiste auquel revient le droit d'arrêter la main du chirurgien trop enclin à pratiquer une énucléation préventive ?

Nous ne mésestimons pas les améliorations apportées dans le domaine de l'ophtalmologie depuis 1918. Nous les souhaiterions seulement plus complètes. Nous voudrions, avant tout, que soit précisé l'ordre d'évacuation des plaies pénétrantes de l'œil, et que s'organisent des soins immédiats et éclairés aux ophtalmiques fussent-ils polyblessés, atteints à côté d'autres plaies très graves peut-être, d'une blessure aussi lourde de menaces pour l'avenir puisqu'elle peut amener la cécité.

Faisant, un instant, abstraction du point de vue médical purement humanitaire, rappelons qu'un aveugle de guerre a coûté au pays un demi million depuis 1918, et encore ce total ne comporte-t-il pas le prix des soins qui lui ont été prodigués en vingt ans.

CONCLUSION

De cette étude, il résulte que l'ophtalmie sympathique au même titre que la gangrène est une entité morbide bien définie d'évolution grave et de pronostic souvent fatal.

Sans vouloir trancher ici la discussion sur les diverses modalités du traitement prophylactique, nous affirmons que le vrai moyen de lutter contre cette complication est de mettre le plus tôt possible le blessé entre les mains d'une compétence.

Dans ce but, il faut, dans l'organisation du service de santé militaire français, donner à l'ophtalmologiste la place qui, logiquement, lui revient et établir des consignes précises pour que le blessé des yeux soit évacué vers lui avec l'urgence nécessitée par son cas.

Par cette organisation rationnelle nous pouvons espérer que dans la nouvelle guerre, la boutade de Poulard deviendra une réalité : l'ophtalmie sympathique sera une maladie dont tout le monde parlera encore peut-être, mais que personne ne verra.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse
VELTER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

MORAX. — *Annales d'oculistique*, 1917, tome 154 : ophtalmie sympathique.

— *Annales d'oculistique*, 1917, tome 154 : l'ophtalmie sympathique aux armées.

— *Annales d'oculistique*, 1918, tome 155 : la prévention de l'ophtalmie sympathique.

VAN SCHEVENSTEEN. — *Annales d'oculistique*, 1917, tome 154 : ophtalmie sympathique.

— *Annales d'oculistique*, 1918, tome 155 : ophtalmie sympathique.

POULARD. — *Annales d'oculistique*, 1918, tome 155 : ophtalmie sympathique.

— *Annales d'oculistique*, 1917, tome 154 : ophtalmie sympathique anormale.

— *Annales d'oculistique*, 1917, tome 154 : ophtalmie sympathique traumatique.

— *Traité d'ophtalmologie*, 1923, tome 1 : ophtalmie sympathique.

CHAILLOUS. — *Annales d'oculistique*, 1918, tome 155 :
sur un cas d'ophtalmie sympathique.

WEEKERS. — *Annales d'oculistique*, 1917, tome 154 :
enseignement de guerre.

— *Annales d'oculistique*, 1917, tome 154 : organisation
du service d'ophtalmologie à l'armée.

DE LAPERSONNE. — *Archives d'ophtalmologie*, 1917.

DUVERGER ET VELTER. — *Ophtalmologie de guerre*, 1918.
